Ueber Muskelgummata.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 4. AUGUST 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Clemens Dieckhöfer

aus Huckarde, Westf.

OPPONENTEN: Herr Dd. med. Gottfried Frey.
„ Dr. med. Paul Sachs.
„ Dr. Fritz Sachs, pract. Arzt.

BERLIN

C. VOGT'S BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Meiner Mutter

und dem Andenken

meines verstorbenen Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0240

Die ersten genaueren Mitteilungen über syphilitische Muskelgeschwülste verdanken wir Bouisson[1]. Ihm waren einst bei der Section einer Leiche mit unverkennbaren Zeichen der Syphilis in einigen Muskeln, besonders im Glutaeus magnus und Trapezius, umschriebene und den Muskelfasern fest anhängende Geschwülste aufgefallen. Die Geschwulst im grossen Gesässmuskel beschreibt Bouisson als anscheinend frisch entstanden, von der Form und Grösse einer Wallnuss und mittelmässiger Festigkeit, sie bestand aus einer grauen, faserig aussehenden Masse, in deren Innern sich noch Spuren der Muskelorganisation vorfanden. Es war kein Eiter in dem benachbarten Gewebe vorhanden, noch sonstige Zeichen einer acuten Entzündung. Der Tumor im Trapezius schien älter zu sein, er war kleiner und härter, von knochenartiger Beschaffenheit.

Nach dieser Beschreibung fährt Bouisson folgendermassen fort:

„Man hat bis jetzt die organischen Beschädigungen der Muskeln und insbesondere die Beziehungen, welche sie zur Syphilis haben können, so unvollkommen studiert, dass obige Befunde wie gewöhnliche Vorkommnisse der pathologischen Anatomie in meinem Gedächtnisse hafteten, und ich habe keineswegs daran gedacht,

ihren Ursprung auf den Einfluss einer ganz bestimmten Diathese zurückzuführen. Aber seit einigen Jahren hat der Zufall meiner Beobachtung verschiedene Fälle dargeboten, in denen die Beziehung der Muskelgeschwülste zur Syphilis nicht verkannt werden konnte. Dieselben haben mir frühere Fälle, in welchen das Verhältnis von Ursache und Wirkung nicht genügend aufgeklärt worden war, ins Gedächtnis zurückgerufen, sie haben mich veranlasst, neu sich bietende Fälle mit mehr Aufmerksamkeit zu studieren, und es ist für mich eine ausgemachte Sache, dass die Syphilis sich durch Affectionen der Muskeln und Sehnen offenbaren kann, indem sie an ihnen Geschwülste hervorbringt, die durch eine antisyphilitische Kur geheilt werden können."

Es ist unbestreitbar ein grosses Verdienst Bouissons, durch seine scharfe Beobachtungsgabe zur Erkenntnis der syphilitischen Muskeltumoren verholfen und den so mannigfaltigen Erscheinungsformen der Syphilis eine neue bis dahin kaum gekannte hinzugefügt zu haben. Die Beschreibung, welche J. B. Theodosius[2] von Muskelgummata und Retractionen in Folge syphilitischer Infiltration gegeben, war dem Vergessensein anheimgefallen. Eine sehr unbestimmte Hindeutung auf die in Rede stehenden Affectionen lässt sich vielleicht in den Worten Astrucs[9] erkennen: „Wenn die Substanz der Muskeln mit dem Gifte durchtränkt ist und sie dann in ihren Gefässen stecken bleibt, so wird sie Knoten und kleine, harte Geschwülste erzeugen, welche den Lauf des Blutes hemmen und so rheumatische, spannende, klopfende Schmerzen mit einer deutlichen entzündlichen Schwellung hervorrufen."

Derartige Schmerzen bezeichnen ältere französische Autoren mit rhumatisme syphilitique, ohne sie jedoch mit Geschwulstbildungen in Zusammenhang zu bringen. Petit-Radel spricht 1812 von einer auf Syphilis beruhenden Retraction und Lagneau von einer ebensolchen Contractur der Muskeln. Boyer sah 1842

zwei Fälle von syphilitischer Contractur des Biceps brachii, die ebenso wie mehrere von Ricord beobachtete durch Jodmedication geheilt wurden. Solche Contracturen befallen nach Bouisson am häufigsten den Biceps brachii und den Sphincter ani externus.

Diesen bis 1846 bekannten luetischen Erkrankungen der Muskeln fügt Bouisson nun die auf Syphilis beruhenden Muskelgeschwülste hinzu, die er als Gummibildungen und als ausschliesslich der tertiären Periode der Syphilis angehörende Erscheinungen betrachtet.

Dem Sitze nach unterscheidet genannter Forscher zwischen Geschwülsten der Muskelanhänge, d. h. der Sehnen und Aponeurosen und solchen in der fleischigen Partie des Muskels. Wegen der Structurähnlichkeit, welche Sehnen und Aponeurose mit dem Periost, dem gewöhnlichen Sitze der Gummibildung besitzen, ist auch die erstgenannte Localisation häufiger anzutreffen. Mehrere Beobachtungen finden sich bei Bouisson mitgeteilt. In einem Falle sass an correspondierenden Stellen beider Achillessehnen je ein wallnussgrosser Tumor, dieselben hatten sich unter grossen Schmerzen entwickelt, verschwanden aber spurlos in Folge antisyphilitischer Behandlung. Eine gleiche symmetrische Anordnung zeigte eine Gummigeschwulst, die oberhalb des manubrium sterni die Insertionen beider Sterno-cleido-mastoidei umfasste, und sich nach oben in zwei Lappen teilte, deren jeder sich in den Bauch des entsprechenden Kopfnickers fortsetzte.

Der Verlauf der eigentlichen Muskelgummata kann nach Bouisson drei Stadien aufweisen. Im ersten zeigt der Muskel eine umschriebene Schwellung von der Consistenz eines Oedems. Ein Schnitt durch die erkrankte Partie lässt blasse Muskelfasern inmitten eines plastischen Ergusses von graulicher Farbe erkennen. Das folgende Stadium ist gekennzeichnet durch die Erweichung des Exsudates, welches sich in eine klebrige, fadenziehende, einer Gummilösung ähnliche Flüssigkeit umwandelt. Dies kann auch unter

entzündlichen Erscheinungen vor sich gehen, wobei sich dann im Innern des Muskels wirklicher Eiter bildet. Hier spricht Bouisson die bemerkenswerte Vermutung aus, dass Entzündungen des Psoas und des Iliacus internus häufig syphilitischer Natur sind. Die nicht erweichten Gummata gehen in den dritten Zustand der Induration über, deren Endproducte knorpelartig, knorpelig oder knöchern sein können.

Am Schlusse seiner interessanten Veröffentlichung giebt Bouisson ein kurzes Resumé über die Ursache, die Symptome, den Verlauf und die Behandlung der Muskelgummata, welches mit Ausnahme einiger therapeutischer Massnahmen und der mangelhaften Kenntnis der feineren pathologischen Vorgänge unseren heutigen Anschauungen und Erfahrungen über diesen Gegenstand völlig entspricht. Umsomehr muss es befremden, in der Litteratur so häufig Nélaton als denjenigen genannt zu finden, der uns die genauere Kenntnis der syphilitischen Muskelgeschwülste vermittelt hätte. Gewiss verfügte Nélaton über mehr klinische Beobachtungen als Bouisson, aber er hat dem von diesem Mitgeteilten nichts Wesentliches hinzufügen können. Hören wir ihn selbst über die Prioritätsfrage! „Lange vor der Veröffentlichung der Bouissonschen Mémoires über diesen Gegenstand hatte ich schon eine gewisse Anzahl solcher Geschwülste (Muskelgummata) beobachtet, und ihre Pathologie war in ganz klarer Weise in meinem Geiste formuliert. Ich habe nichts darüber veröffentlicht und auf diesem Wege ist mir Bouisson zuvorgekommen, dessen Arbeit, die ich mit Vergnügen gelesen habe, einen grossen Teil meiner Meinungen über diese Krankheit bestätigt hat."

Interessant ist die Beobachtung Nélatons,[4] dass die Muskelgummata zuweilen symmetrisch angeordnet sind oder dass ein Gummi von einem zweiten an der entsprechenden Stelle der andern Körperhälfte gefolgt wird. So gab einer von Nélatons Patienten, der ein Gummi an der Innenseite des linken Oberschenkels

aufwies, in der Anamnese an, dass er einige Jahre früher an der gleichen Stelle des rechten Schenkels eine Geschwulst von derselben Beschaffenheit gehabt habe. Es war damals eine Operation ausgeführt worden, welche, soviel aus den Angaben des Kranken zu entnehmen, in der vollständigen Entfernung der Neubildung bestanden hatte. Uebrigens hat auch Bouisson zwei Fälle symmetrischer Localisation, wie oben erwähnt, beobachtet. Nélaton nahm bei jenem Kranken mit Sicherheit an, dass die frühere Geschwulst ebenfalls ein Gummi gewesen und dass die Operation, qui n'est pas sans gravité, infolge eines diagnostischen Irrtums gemacht worden sei, indem die lancinierenden Schmerzen in der Geschwulst, unter denen der Kranke zu leiden hatte, den behandelnden Arzt verleiteten, ein Carcinom anzunehmen.

Heute sind die einschlägigen Differentialdiagnosen durch die bahnbrechenden Arbeiten Virchows über die constitutionell-syphilitischen Affectionen und die krankhaften Geschwülste wesentlich erleichtert, indessen sind bis in die jüngste Zeit Verwechslungen von Muskelgummata mit Sarcomen vorgekommen, folgenschwere Irrtümer, die zu eingreifenden, ja selbst verstümmelnden Operationen führten.

Jene Arbeiten Virchows [5] geben uns Aufschluss über die pathologischen Vorgänge, die sich in den Muskeln infolge der Syphilis abspielen können. Während Bouisson sich begnügen musste zu sagen: „Es ist schwer zu entscheiden, ob diese Veränderung (die Gummibildung) ihren ursprünglichen Ausgangspunkt in den Muskelfasern oder dem dazwischenliegenden Bindegewebe hat," wies Virchow durch seine eingehenden Untersuchungen nach, dass die Neubildung zwischen den Muskelelementen sich entwickelt, und nicht, wie Ricord meint, aus einer gemeinschaftlichen Umwandlung, gewissermassen einer Verschmelzung von Extravasat und Muskel entsteht.

Nach der Classification Virchows sind, abgesehen von den Contracturen, die nach Ansicht der meisten

Autoren nicht auf anatomischen Veränderungen im Muskel, sondern auf der Schmerzhaftigkeit des Periosts an den Insertions- und Ursprungsstellen der Muskeln beruhen, zwei Arten der syphilitischen Muskelaffection zu unterscheiden: Myositis syphilitica diffusa und Myositis gummosa. In beiden Fällen handelt es sich um entzündliche Infiltration des Perimysiums, des Bindegewebes, das die Muskelprimitivbündel und den ganzen Muskel umgiebt.

Bei der erstgenannten Art verbreitet sich die Wucherung diffus im ganzen Bindegewebe des Muskels und bringt die Muskelfasern allmählich zum Schwund, so dass schliesslich nur ein bindegewebiger mehr oder weniger fester Narbenstrang übrig bleibt. Ueber diese Myositis finden sich eingehendere Beobachtungen und Mitteilungen bei Lewin.[6] Da dieselbe sich sehr häufig mit der gummösen Form compliciert, so sei es mir gestattet, hier einen Auszug der Lewinschen Angaben folgen zu lassen: Die Myositis syphilitica diffusa s. interstitialis ist im Gegensatz zur gummösen selten diagnosticiert, da sie meist als rheumatische angesehen und als solche mit Jodkalium behandelt und geheilt ist. Lewin konnte 45 Fälle, darunter 6 eigene, zusammenstellen. Meist mehrere Jahre post infectionem tritt eine anfangs schmerzlose Schwellung, gewöhnlich ohne Veränderung der darüber liegenden Haut im Muskel auf. Erst, wenn Sehnen und Periost ergriffen werden, stellen sich starke Schmerzen ein; der Muskel ist als manchmal brettharter, geschwollener Strang zu fühlen. Das betreffende Glied wird gebeugt gehalten, die Bewegungsfähigkeit ist infolge der Schmerzen behindert. Anatomisch sind die Gefässe des Perimysiums erweitert, verlängert, von Granulationszellen umgeben, ebenso sind die Muskelkerne gewuchert. Später kommt es teils zur Necrose, teils zur Atrophie. Des weiteren kann Verkalkung, Verknorpelung, Verknöcherung folgen. Am meisten befallen zeigte sich der Biceps brachii und der Sphincter ani externus, ferner der Masseter, doch können alle möglichen

Muskeln befallen werden, die Erkrankung betrifft meist nur einen Muskel. Spontane Heilung ist nicht zu erwarten. Auf specielle Therapie trat oft Heilung ein, aber die Erkrankung ist hartnäckig. Einige Autoren haben Jodkalium und Zittmann gegeben. Lewin hat 5 von seinen 6 Kranken mit subcutanen Sublimat-Injectionen geheilt. Oertlich kommen Massage und Electricität in Anwendung.

Auch Neumann [7] liefert Beiträge zur Kenntnis der Myositis syphilitica diffusa.

Die Art der diffusen Ausbreitung der syphilitischen Bindegewebswucherung liegt offenbar auch den von Bouisson, Ricord und anderen französischen Autoren beobachteten Contracturen zu Grunde; in den Berichten dieser Forscher findet sich ja auch der Biceps brachii und der Sphincter ani externus als der häufigste Sitz dieser Erkrankung genannt. Mauriac [8] hat sehr häufig in den ersten 10—15 Monaten nach der Infection eine eigentümliche Contractur des Biceps beobachtet, die er als eine besondere Form der Muskelsyphilis (Syphilis à la forme neuropathique) auffassen möchte. Dabei stellt sich unter grossen, des Nachts exacerbierenden Schmerzen allmählich eine Unmöglichkeit ein, den Vorderarm zu strecken, vielmehr wird derselbe dem Oberarm immer stärker genähert. Der Muskelbauch ist nicht prall gespannt, sondern zeigt sich in der Consistenz wenig verschieden von einem ruhenden Muskel, er ist zu einer birn- oder kugelförmigen Masse zusammengeballt. Ob die Krankheitsbilder, welche Mauriac hiervon in seinen Leçons sur les myopathies syphilitiques entwirft, eine besondere Affection darstellen oder ob auch sie auf diffuse Myositis oder periosteale Reizung an den Insertionsstellen zurückzuführen sind, steht dahin.

Wenden wir uns nunmehr der Myositis gummosa zu. Hier bleibt die Bindegewebswucherung mehr circumscript, es bilden sich Knoten, deren Schicksal, wie Bouisson schon beschreibt, das der Erweichung oder das der Induration ist. Die Gummiknoten zeigen unter dem

Microscop eine Zusammensetzung aus sehr dichtem, kleinzelligen Granulationsgewebe. Ihr ursprünglicher Sitz ist das Perimysium. Die fettige Umwandlung bemächtigt sich sehr schnell dieses embryonalen neugebildeten Gewebes. Die Zellen verschwinden dann vollständig und es bleibt nur eine amorphe Masse zurück, fein gekörnt und reich an Fett.

Während des zelligen Stadiums der Muskelgummata, welches viel länger als bei allen anderen Gummata, ausgenommen diejenigen des Gehirns, besteht, findet man eine grosse Anzahl von einkernigen Zellen, die durch ihre runde Form und Kleinheit auffallen. Nur selten constatiert man Eiterzellen in den Gummata, es sei denn, das eine Phlegmone an ihrer Peripherie entstanden wäre und ihren Zerfall beschleunigt hätte. Man hat die abgestossenen Producte der fettigen Umwandlung mit Eiter verwechselt, ein weitverbreiter Irrtum, bevor man die microscopische Untersuchung zu Hülfe nahm. In der Umgebung eines Gummi sind die Muskelfasern blass, atrophisch, von körnigem Aussehen. Sie verschwinden schliesslich oder verwandeln sich in Bindegewebe.

Die Diagnose ist nicht immer leicht, man kann die Gummata mit Sarcomen der Musculatur verwechseln, und hier giebt selbst die microscopische Untersuchung keine sicheren Anhaltspunkte an die Hand, da die kleinzelligen Formen der letztgenannten Geschwulstart grosse Structurähnlichkeit mit den Gummata besitzen. Es sei deshalb die klinische Symptomatologie des Muskelgummis, wie sie hauptsächlich durch Mauriac [9] aufgestellt worden ist, in folgendem wiedergegeben.

Was die Topographie der Muskelgummata angeht, so befallen sie mit Vorliebe die langen Muskeln der Extremitäten und die Muskeln des Schultergürtels. Unter letzteren wird der Sterno-cleido-mastoideus ungemein häufig befallen, er stellt wohl die meisten Fälle dieser Art, sodass man berechtigt ist, eine Geschwulst an dieser Stelle a priori auf Rechnung der

Syphilis zu setzen, bis eine anderweitige Natur derselben evident wird. Indessen ist kein Muskel sicher, nicht der Sitz einer syphilitischen Geschwulst zu werden. Die von Nélaton hervorgehobene Eigentümlichkeit der Muskelgummata, sich zuweilen symmetrisch in beiden Körperhälften anzuordnen, ist neuerdings von Köbner[9] wieder in einem Falle beobachtet worden, der die unteren Enden beider Sterno-cleido-mastoidei betrifft und dem oben mitgeteilten Falle Bouissons vollkommen entspricht. Bei jener Localisation ist jedoch die Symmetrie der Anordnung nichts Auffallendes, weil die Sternalinsertionen der beiden Muskeln einander sehr nahe liegen und die Geschwulstbildung, die sich dort etabliert, leicht von der einen auf die andere Seite übergreifen kann.

Eine merkwürdige Behauptung stellt Hutchinson über die symmetrisch und assymmetrisch auftretenden syphilitischen Affectionen auf: symmetrische Anordnung sei den secundären, assymmetrische den tertiären eigen. Dass dies für die Muskelgummata, die sowohl, wenn auch seltener, in der secundären wie tertiären Periode auftreten können und dann bald symmetrisch bald assymmetrisch angeordnet sind, in vielen Fällen nicht zutreffen wird, liegt auf der Hand.

Die Entwicklung der syphilitischen Muskelgeschwülste geht selten mit lebhaften Schmerzen einher. Man beobachtet meist an dem Orte ihrer Entstehung ein mehr oder weniger unangenehmes Spannungsgefühl, das sich während der Contraction des Muskels steigert. In diesem Stadium des Gummi entdeckt man noch nicht einen eigentlichen Tumor, es besteht nur eine Veränderung der Consistenz, die jedoch nur bei Erschlaffung des Muskels deutlich wird. Es ist eine diffuse gleichmässige Härte, die in der Tiefe mit dem Muskel in Verbindung steht und keinen Zusammenhang mit dem Unterhautbindegewebe aufweist, sie ist unbeweglich oder lässt sich verschieben, je nach dem die Muskelfasern im Zustand der Contraction oder dem der Ruhe sich befinden. Bei der Palpation kann

man die Verhärtung nicht genau abgrenzen, sie geht unmerklich in das umgebende Muskelgewebe über und zeigt längere oder kürzere Zeit solche unbestimmte Grenzen.

Ihre Form richtet sich fast immer nach der des Muskels, sie breitet sich nach allen Seiten in der befallenen Partie aus. „Ein dumpfer Schmerz, der durch die Palpation und die Zusammenziehung des Muskels gesteigert wird und zuweilen auch lanzinierend auftritt, ein Hindernis, das den Muskel nicht zur vollkommenen Anwendung seiner Contractilität gelangen lässt, aber den Gebrauch nur wenig stört, das sind die physiologischen Störungen dieser ersten Periode.“ Es ist übrigens begreiflich, dass eine grosse Mannigfaltigkeit dieser Symptome bestehen muss, je nach der Lage des Muskels, der Ausbreitung der krankhaften Veränderung, dem langsamen oder schnellen Fortschreiten derselben.

Allmählich und meist sehr langsam vermehren die gummösen Erzeugnisse ihr Volumen und wandeln sich in wirkliche Tumoren um. Ihre äussere Erscheinungsform wird in der Folge bestimmter, indem sie sich von dem Muskelgewebe, aus dem sie hervorgehen, besser abheben. In diesem Stadium können die Muskelgummata bedeutende Dimensionen erlangen, sie sind dann keine Knoten mehr, sondern Tumoren, welche sich über eine ganze Region ausbreiten und die Umgebung in sich hineinziehen oder verdrängen. Ihre Form richtet sich auch jetzt noch nach dem betreffenden Muskel, im allgemeinen weisen sie Kugel-, Spindel- oder Eiform auf. Sie wechselt übrigens mit der Länge der Zeit, weil der Tumor auf der einen oder anderen Seite, sei es durch Knochen, sei es durch Aponeurosen, in seinem Wachstum behindert und aufgehalten werden kann. In den Muskelbäuchen zeigen die Gummata gewöhnlich regelmässigere Formen als in den Ursprungs- und Insertionspartieen.

Die Consistenz der Gummata lässt sich leicht von der teigigen Beschaffenheit des ruhenden Muskels

und von der eigenartigen Härte, welche dieser bei der Contraction annimmt, unterscheiden. Ein für die Bestimmung des anatomischen Sitzes wichtiges Symptom ist die Leichtigkeit, mit der man sie verschieben kann. Dieses Kennzeichen ist nämlich allen Muskelgeschwülsten eigen, welcher Natur sie auch seien. Auch die Muskelgummata haben immer, wenn sie im Muskel begrenzt sind und noch keine Adhäsionen mit benachbarten Teilen bestehen, einen gewissen Grad von Beweglichkeit. Indessen besteht dieselbe nur, wenn der Muskel in Ruhe ist. Sie verschwindet in dem Augenblicke der Contraction und macht einer Unbeweglichkeit des Tumors Platz, welche solange dauert, als die Muskelcontraction, mit ihr sich steigert, vermindert und verschwindet.

Bei den Muskelgummata mit sehr langsamer Entwickelung bleibt die Haut unbeeinflusst. Viel seltener als in dem ersten Stadium der Gummata nimmt sie über älteren Geschwülsten eine blaurote Färbung an und verliert ihre Beweglichkeit infolge des Oedems im Unterhautbindegewebe. Solche Erscheinungen deuten gewöhnlich auf den rasch fortschreitenden Zerfallsvorgang, der sich im Innern des Muskels vollzieht, oder sind die Zeichen irgend einer Complication. Die functionellen Störungen bestehen in einer grösseren Gebrauchsbehinderung des Muskels. Er verliert auf die Dauer seine Kraft; aber man sieht, dass seine Thätigkeit, so zu sagen, mechanisch gehemmt ist. Die Erregbarkeit seiner Fasern und die Innervation sind nicht beteiligt. Mitunter stellen sich wirkliche Contracturen ein. Es können auch grössere Nervenstränge mit in den Tumor einbezogen werden, wodurch dann sehr heftige, ausstrahlende Schmerzen anfallsweise auftreten. Man sieht dann Lähmungserscheinungen und Schmerzempfindungen, wie sie die Compression von Nerven im Gefolge hat. Wenn die Geschwulst die Venen comprimiert und so die Blutcirculation behindert, kann es am distalen Ende des betreffenden Gliedes zu einem Oedem kommen.

In den meisten Fällen bleibt die Temperatur der afficierten Region in normaler Höhe. Auch über der Geschwulst selbst nimmt man keine Temperatursteigerung wahr, es sei denn, dass sich eine peripherische Entzündung hinzugesellt oder dass das Gummi rapide seinem Zerfalle entgegengeht. Dies modificiert das Krankheitsbild oder giebt ihm gar ein völlig anderes Aussehen, sodass ein Beobachter, der die früheren Stadien nicht gesehen, daran irre werden kann. Eine characteristische Eigentümlichkeit der Gummata in dieser Periode ist der Uebergang aus dem festen in den flüssigen Zustand. Eine solche Umwandlung kann sich vollziehen, ohne ein anderes Zeichen als das des Wechsels der Consistenz hervorzurufen.

Die Erweichung geschieht von dem Mittelpunkte gegen die Peripherie hin, aus der Tiefe setzt sie sich allmählig gegen die Oberfläche hin fort. Endlich ist der Tumor in seiner ganzen Ausdehnung erweicht, er fluctuiert an allen seinen Punkten und bietet dieselben Eigentümlichkeiten wie ein subcutaner kalter Abscess. Die Haut bleibt dann selten unverändert, sie verliert ihre Beweglichkeit, sie verdünnt sich, nimmt eine tiefrote Färbung an und bricht auf die Dauer an einer oder mehreren Stellen auf, sie zerfällt geschwürig und geht zu Grunde. Die Geschwulst entleert ihren Inhalt, der fadenziehend, gummiartig ist oder Eiter gleicht. Es resultiert eine mehr oder weniger grosse ulcerierende Höhle mit gezackten Rändern, mit einem graulichen Grunde, der uneben, fungös aussieht und aus dem nicht erweichten Teil der Neubildung besteht. So wenig activ auch dieser Vorgang der Umwandlung ist, er spielt sich nicht ab, ohne in der Umgebung einige Erscheinungen der entzündlichen Reizung hervorzurufen, welche sich denjenigen des Tumors beigesellen, eine Steigerung der functionellen Störungen erzeugen oder neue veranlassen.

Es können dann die Tumoren ihre Beweglichkeit auch bei erschlafftem Muskel einbüssen, sie gehen Verwachsungen mit den benachbarten Teilen ein, sie

führen ein halbentzündliches und selbst phlegmonöses Oedem des Unterhautzellgewebes herbei. Die Haut wird adhärent, heiss, glänzend, sie verdünnt sich zusehends, sie stösst sich ab und ulceriert, um eine bräunliche, zähe fadenziehende Masse austreten zu lassen, in der man zuweilen Eiterpröpfe und Fetzen abgestorbenen Zellgewebes findet. Das deutet nicht mehr hin auf einen allmählichen, moleculären Zerfall, sondern auf eine rapide Zerstörung, auf eine Gangärn, die sich des Tumors und der benachbarten Teile bemächtigt hat. Dann finden sich auch Trümmer von Muskelfasern inmitten der flüssigen oder soliden Massen, die aus der so schnell und ungestüm geschaffenen Höhle austreten.

Nach Nélaton soll die entzündliche Erweichung niemals vorkommen, wenn die Gummata nur dem Muskel allein angehören.

Als Virchow seine Abhandlung über die constitutionell-syphilitischen Affectionen schrieb (Archiv Bd. XV.), kannte er bis dahin keine Beobachtung, dass die käsige Gummimasse als solche direct erweichen und ulcerieren könne. Er hatte allerdings bei Syphilitischen Muskelabscesse gesehen, die aller Wahrscheinlichkeit nach hierher gehören. Es betraf dies eine 46 Jahre alte Patientin mit secundären Geschwüren am Halse, breiten Condylomen der Genitalien, Rhagaden der Lippen, Drüsenanschwellung und abgelaufener doppelseitiger Iritis. Bald entwickelte sich trotz tonisierender und specifischer Behandlung ein verstimmter Gemütszustand mit Marasmus, es bildeten sich grosse Muskelabscesse in den Extremitäten und unter hinzutretender Pneumonie trat der Tod ein. „Ich möchte es für wahrscheinlich halten, dass die Gummigeschwulst entweder, wo sie einen chronischen Verlauf nimmt, induriert und käsig wird, oder wo sie mehr acut sich entwickelt, zu einer schlechten Eiterung führt." Nach neueren Beobachtungen können Traumen einen entzündlichen mit Vereiterung einhergehenden Zerfall der Muskelgummata sehr leicht herbeiführen. So sah

Karewski[10] ein Gumma des Latissimus dorsi nach einem Fall ganz acut vereitern. Die langsame Entwicklung der Geschwulst vor ihrem destructiven Ausgang giebt indessen Gelegenheit genug, ihre wahre Natur zu erkennen und sie durch geeignete Medication zum Verschwinden zu bringen, bevor sie ihren vollständigen Entwicklungsgang durchmacht. Es ist auch möglich, dass Gummata der Muskeln von selbst heilen, wie es auch andrerseits solche giebt, die durch keine Behandlung beeinflusst werden, sondern unaufhaltsam bis zu den äussersten Endstadien sich entwickeln.

Der günstigste Ausgang ist eine allmählich sich vollziehende vollständige Resorption des Gummi. Da es die Muskelfasern nur auseinandergetrieben hat, so können diese dann in ihren normalen Zustand zurückkehren, vorausgesetzt, dass sie nicht allzu lange komprimiert worden sind. Der Muskel erlangt sodann mit seinem regelrechten Volumen auch seine Weichheit und Contractilität wieder. Selten bleibt er für immer schwach und atrophisch. Dem ist aber nicht so, wenn das Gummi erweicht und ulceriert. Dann erleidet der Muskel einen Substanzverlust, der sich bei der Heilung mit einem derben, festen Narbengewebe ausfüllt. Die daraus resultierenden Functionsstörungen stehen natürlich in einem geraden Verhältnis zur Grösse des Substanzverlustes. Die bindegewebige Einlagerung in einem Muskel, die sogenannte Muskelschwiele entsteht auch, wenn ein erweichtes Gummi, ohne zu ulcerieren, wieder resorbiert wird. Man hat sich häufig dann einen solchen Befund nicht zu deuten gewusst und ihn mit anderen Affectionen als der Syphilis in Zusammenhang gebracht. So beschreibt Froriep eine Anzahl rheumatischer Muskelschwielen, von denen unzweifelhaft mehrere als Residuen einer Gummibildung aufzufassen sind.

Einen dritten Ausgang stellt die Sclerosierung der neugebildeten Massen dar. Diese ist jedoch bei

den Gummata seltener als bei der Myositis syphilitica diffusa.

Bezüglich der Diagnose kann man nach Mauriac eine Muskelgeschwulst, die sich bei gleichzeitiger Anwesenheit von Periostosen, ulcerösen Syphiliden, syphilitischen Nasen- und Rachenerkrankungen und anderen Erscheinungen der gummösen Periode, entwickelt, ohne weiteres für ein Gummi ansehen. Wenn man aber keine gleichzeitige anderweitige Erkrankung, die auf eine specifische Ursache hinweist, entdecken kann, wenn sich auch im Vorleben des Kranken keine deutlichen Anzeichen einer localen oder allgemeinen syphilitischen Affection finden, dann muss man sein Urteil über den Tumor auf eine sorgfältige Untersuchung gründen, wobei man die physicalischen Eigenschaften dieser und ähnlicher Tumoren vergleichend in Betracht zieht. Das geht aber nicht an, sofern man die Geschwulst erst im Stadium der Erweichung zu Gesicht bekommt, oder sie, von ihrem ursprünglichen Sitz auf benachbarte Teile übergreifend, hier Ptlegmone oder Gangrän erzeugt hat. Dann findet man eine flüssige Ansammlung, deren Ursprung man durch eine noch so geschickte physicalische Untersuchung nicht ausfindig machen kann. Hier muss die genaue Anamnese über die Entstehung der Geschwulst mit herangezogen werden, wodurch man schliesslich auf die richtige Diagnose geleitet wird. Die Bestimmung, ob ein Gummi dem subcutanen Bindegewebe oder dem Muskel angehört, ist nach dem Gesagten im allgemeinen leicht. Schwierig ist es oft, zwischen Muskel und Aponeurose als Trägern der Geschwulst zu unterscheiden. Indessen thut das nichts, die Gummata der Aponeurosen breiten sich auf die Muskeln aus und umgekehrt.

Schwellung benachbarter Lymphdrüsen rufen die Muskelgummata nur selten hervor, und dann auf irritativem, nicht metastatischem Wege, während dies letztere bei Sarcomen, die im übrigen grosse Aehnlichkeit mit Gummata besitzen, die Regel ist. Dies ist

ein für die Differentialdiagnose sehr bemerkenswerter Umstand.

Muss man sein Urteil in suspenso halten, schwankt man z. B. zwischen einem Fibroid und Gummi, so wird die specifische Behandlung, welche man immer in zweifelhaften Fällen verordnen soll, bald jede Unsicherheit beseitigen. Diese Methode, nämlich abzuwarten, ob eine specifische Kur Erfolg hat oder nicht, und so zu einer Diagnose zu gelangen, mag angängig sein, wo bösartige Geschwülste nicht in Frage kommen. Anders ist es aber, wenn der Befund, wie dies häufig vorkommt, einem den Gedanken an Sarcom nahelegt. Entscheidet man sich für Sarcom, so wird man consequenterweise für sofortige radicale Exstirpation desselben eventuell Entfernung der betroffenen Extremitäten Sorge tragen. Es kann sich aber doch um Gummi gehandelt haben, und das Uebel wäre durch eine einfache antisyphilitische Kur zu beseitigen gewesen. Zur Illustration dieser unter Umständen unheilvollen Möglichkeit mögen folgende Angaben dienen:

I. Bier[11] beschreibt einen Fall, wo infolge der durch microscopische Untersuchung erhärtenden Diagnose: „Recidivierendes Sarcom" der Oberschenkel exarticuliert wurde. Es stellte sich heraus, dass in Wirklichkeit Gummi vorgelegen.

II. Köhler[12] berichtet über folgendes Vorkommnis. Ein Patient hatte zuerst eine Geschwulst oberhalb des rechten Schlüsselbeins bemerkt. Dieselbe wurde von einem Arzte punctiert und lieferte seitdem ein geringes Secret. Etwa 2 Monate später fand sich die ganze äussere Hälfte des rechten Pectoralis maior in der Ausdehnung dreier Handteller hervorgetrieben, die Fossa supraclavicularis ganz von einem Tumor eingenommen. Es handelte sich offenbar um eine unter dem Pectoralis liegende, einen Fortsatz zur Fossa supraclavicularis schickende Geschwulst. Sie war hart anzufühlen, fluctuierte nicht. Auf Druck gegen den Pectoralis entleerte sich missfarbiges, zähes Secret aus der noch vorhandenen Punctionsöffnung. Es war Fieber,

offenbar ein Retentionsfieber, vorhanden. Bei Entfernung des augenscheinlich in Zerfall begriffenen Tumors zeigten sich unter den oberflächlichsten Schichten des Pectoralis fibröse Schwarten, welche den untersten Schichten dieses Muskels entsprachen. Dieselben wechselten ab mit grobkörnigen Partien. Auch der grösste Teil des Pectoralis minor war in gleicher Weise entartet. Dasselbe Bild boten die angrenzenden Teile des Deltoides und Subscapularis, jedoch fanden sich in ihnen eitrig-käsige Herde. „Solche käsige Herde, eingesprengt in anscheinend sarcomatöse Massen, kann man fast als pathognomonisch für Syphilis ansehen". Daraufhin wurde der Tumor als syphilitisch aufgefasst und unter sofort begonnener Darreichung von Jodkalium verkleinerte sich rasch die Wundhöhle: das Fieber schwand, das Allgemeinbefinden hob sich, und die zurückgelassene Geschwulstmasse hatte sich binnen zwei Monaten fast vollständig verloren. Hätte man hier unter Berufung auf die anfängliche und naheliegende Diagnose „Sarcom" die vollständige Entfernung des Tumors durchsetzen wollen, so wären Teile der Scapula, Clavicula und des Humerus der ebenso unberechtigten wie fruchtlosen Resection verfallen.

III. In einem andern an derselben Stelle von Köhler mitgeteilten Falle handelte es sich um einen Tumor der Bauchdecken: der vom linken Hypochondrium bis zur Leistenbeuge und von der Achsellinie bis zur Linea alba reichend, auf einer inneren Klinik als Milztumor gedeutet war. Köhler schälte die Geschwulst, welche der gesamten linksseitigen Bauchdeckenmusculatur entsprach, vom Peritoneum los. Er nahm aber, weil der Tumor sich bis ins Zwerchfell fortsetzte, Abstand von der Operation, indem er ein Recidiv des angenommenen Sarcoms voraussetzte. Die Untersuchung der exstirpierten Massen zeigte käsige Herde in marmoriertem Gewebe. „Ich gab dem Patienten Jodkalium, und der Erfolg war, dass der Tumor nicht recidivierte, der zurückgelassene Teil desselben verschwand, und der dem Tode nahe Patient

seine volle Gesundheit wiedererlangte". Auch ein Jahr später konnte der frühere Patient blühend und gesund in der Gesellschaft der Charitéärzte vorgestellt werden. Er vermag seine Stelle als Krankenwärter gut auszufüllen, wie wohl seine linksseitigen Bauchdecken nur aus Peritoneum und Haut bestehen.

Diese Fälle, denen sich sicherlich noch viele andere nicht bekannt gewordene anreihen liessen, zeigen zur Genüge, in welchem Dilemma sich selbst geübte Diagnostiker einem Muskelgummi gegenüber befinden können. Um dem zu entgehen, hat man in neuerer Zeit verschiedene Vorschläge gemacht. Bier empfiehlt zwecks der Diagnose recht ausgiebige Probeexcisionen zu machen, um Bilder aus verschiedenen Partien der Geschwulst zu erhalten und so einer Verwechslung mit kleinzelligen Sarcomen vorzubeugen. Dass dies Verfahren auch keine volle Klarheit bringt, geht schon aus der angefügten Aufforderung Biers hervor, man solle sich durch Sarcombilder nicht beirren lassen. Und gerade um das Vorliegen dieser Geschwulstart mit Sicherheit zu eliminieren oder zu constatieren, wird man in den meisten Fällen an eine Probeexcision denken.

Karewski warnt geradezu vor einer solchen Probeexcision, zumal einer ausgiebigen, weil man dadurch dem Muskel, der ohnehin schon eine Functionsstörung infolge der syphilitischen Affection zu gewärtigen hat, contractile Substanz entzieht und weil ferner der Wundverlauf sich ungünstig gestalten kann. Letzgenannter Autor [30] sah einmal nach einem derartigen Eingriff „trotz strengster Antiseptik eine langdauernde Eiterung auftreten, die erst aufhörte, als der Patient von seiner Syphilis geheilt war." Auch ohne Probeexcision, die nur im äussersten Notfalle gemacht werden dürfe, werde man in den meisten Fällen die Unterscheidung zwischen Sarcom und Gummi wohl treffen können. Einen sehr schätzenswerten Hinweis auf die syphilitische Natur einer Geschwulst geben nach Karewski nächtliche Exacerbationen der in der erkrankten Partie be-

stehenden Schmerzen. Die Seltenheit des Muskelsarcoms, seine Propagation auf die Nachbarschaft, seien bei der Differentialdiagnose wohl zu erwägende Momente. Sollten alle Hülfsmittel der Diagnostik versagen, so sei es richtiger, Gummi und nicht Sarcom anzunehmen.

„Sollte es wirklich einmal vorkommen, dass man irrtümlich eine Geschwulst für Gummi gehalten, und sie ist Sarcom, und der Patient geht zu Grunde, so kann man sich damit trösten, dass Muskelsarcom ausserordentlich bösartig ist und selten zur Radicalheilung kommt, und dass Bier einen Fall publiciert, in welchem Gummi für recidivierendes Sarcom gehalten und die Exartikalertion im Hüftgelenk gemacht worden ist." Diese Argumentation ist bestechend, sie trägt aber nicht der berechtigten Gepflogenheit der meisten Chirurgen Rechnung, eine zweifelhafte, vielleicht bösartige Geschwulst baldigst operativ zu entfernen und so der Möglichkeit eines fatalen Ausgangs zu begegnen. Im Gegensatz zu Karewski empfiehlt Bramann[1] „man solle in zweifelhaften Fällen nicht zuviel Zeit verlieren und lieber ein Gummi exstirpieren als ein Sarcom zu gross werden lassen." Die Propagation des Sarcoms gegenüber der mehr circumscripten Form des Gummi hat nach Bramann nicht die differentialdiagnostische Bedeutung, welche Karewski ihr beimisst. In der That sehen wir in beiden Fällen Köhlers die sarcomähnliche Propagation des Gummi auf das deutlichste. Gerade durch die Fortsetzung des einen Tumors bis in das Zwerchfell wurde Köhler in seiner Diagnose „Sarcom" bestärkt und veranlasst wegen des nun unausbleiblichen Recidivs die Operation als aussichtslos aufzugeben. Die Gefahr, welche Bramann mit vollem Recht in dem Fortbestehen eines für Gummi gehaltenen Sarcoms sieht, wird natürlich um so grösser, je mehr man Biers Rat befolgt: Man verliere bei anfänglichem scheinbaren Misserfolg nicht den Mut, die antisyphilitische Kur fortzusetzen.

Es ist schwer, wenn nicht gar unmöglich, eine allgemein gültige und allen Anforderungen ge-

nügende Regel für die Differentialdiagnose und die Behandlung solcher in obigem Sinne zweifelhaften Geschwülste zu geben. Indessen wird man in den meisten Fällen mit Hülfe der Symptomatologie und der Anamnese wohl das Richtige treffen.

Es kann sich auch um die Entscheidung, ob Gummi oder Actinomycose, handeln, wo dann ebenfalls eine schnelle und sichere Erledigung dieser Frage erwünscht ist, da ja die frühzeitige operative Bekämpfung der Actinomycose ausgezeichnete Chancen bietet. Hier erscheint eine Probeexcision eher indiciert, weil man doch mit mehr Grund auf einen wirklich entscheidenden Befund hoffen darf, als dies bei Sarcom der Fall ist. Ueber hierher gehörige Fälle findet man berichtet bei Bier [11] und Köhler [13].

Carcinom und Gummi können gewisse Aehnlichkeit haben, wenn sie an der Zunge sitzen. Beide Geschwulstarten zeigen dort ziemlich früh auftretende Ulceration. Dann ist, falls sonstige Eigentümlichkeiten nicht entscheidend ins Gewicht fallen, zu beachten, dass das Carcinom sich einseitig und zwar am Rande oder auch an der Spitze der Zunge localisiert, während das Gummi mehr die mittleren Partieen bevorzugt und sehr häufig multipel und symmetrisch auftretend mehr oder minder regelmässige Erhebungen und dazwischen verlaufende Furchen auf der Zunge erzeugt.

Die Muskelgummata galten allen älteren Autoren als sehr selten. In neuerer Zeit haben sich die Beobachtungen gehäuft, sodass, wenn man heute einer Muskelgeschwulst begegnet, immer und nicht an letzter Stelle an Gummi zu denken sein wird. Bramann [14] beobachtete in der Poliklinik während zweier Jahre acht Gummata des Musculus sterno-cleido-mastoideus, ein Gummi des Biceps, eins des Cucullaris und mehrere der Achillessehne. Von den acht Gummata des Sterno-cleido-mastoideus sind drei ulceriert, das eine hat sich spontan, zwei andere sind durch Einschnitte geöffnet, sie stellten einfach Abscesse dar.

Einer derselben reichte so tief nach unten, dass er deutliche von der Arteria anonyma mitgeteilte Pulsation zeigte und zunächst beim ersten Auflegen der Hand den Gedanken an ein Aneurysma aufkommen liess. Die Punction, sagt Bramann, ergab characteristischen graublauen, stahlblauen Eiter. Köhler konnte zu gleicher Zeit auf der äusseren Station der Charité vier Fälle von Muskelgummi beobachten. Drei davon betrafen den Sterno-cleido-mastoideus, den Quadriceps und den Gastrocnemius, der vierte war der weiter oben erwähnte Fall, wo es sich um Gummi der linksseitigen Bauchmusculatur handelte.

Die beiden dort mitgeteilten Beobachtungen Köhlers geben uns übrigens auch ein Bild von den Mischformen der fibrösen und gummösen Myositis. Inmitten derber bindegewebiger Schwarten, welche die Muskelfasern bis auf spärliche Ueberreste zum Schwinden gebracht, liegen die längst zerfallenen Gummata als käsige, eitrige Herde. Das Gummi scheint zuerst aufzutreten, denn wir hören in Beginn der Erkrankung von der Bildung circumscripter Knoten. An diese schliesst sich dann eine diffuse Entzündung des interstitiellen Bindegewebes, die ihrerseits auch syphilitischer Natur oder aber durch die irritierende Anwesenheit der Gummata hervorgerufen sein kann. Sind die Knoten einmal von der sclerosierenden Bindegewebswucherung umgeben und eingeschlossen, so bleiben sie ohne Symptome zu machen dort liegen, sie necrotisieren und bilden dann eben jene von Köhler als pathognomonisch für Syphilis bezeichneten, inselförmig in bindegewebigen Massen auftretenden Herde zerfallenen Gewebes.

Wie man früher die Seltenheit der Muskelgummata betonte, so hob man auch hervor, dass sie ausschliesslich im Spätstadium der Lues zum Vorschein kämen. Auch darin hat sich ein Umschwung der Anschauungen vollzogen. Von der üblichen Einteilung in secundäre und tertiäre Formen weicht die Syphilis bezüglich des Periosts, der Knochen, des Nerven-

systems, des Larynx in zahlreichen Fällen ab. Nicht anders ist es bei der Musculatur. Allerdings sind hier die Ausnahmen seltener. Lewin, Zeissl, Cornil, Jullien, Mauriac u. a. beobachteten Gummata der Muskeln bei recenter Lues. Einige der veröffentlichten Fälle seien hier wiedergegeben:

I. 9 Wochen nach dem Erscheinen eines Ulcus durum entwickelte sich an der Vorderseite des linken Oberschenkels ein Tumor, der das Gehen behinderte. Die Haut über demselben war unverändert, die Geschwulst liess sich mit den Muskelmassen bewegen, sie gehörte wahrscheinlich dem Musculus rectus cruris an. Heilung erfolgte binnen drei Monaten ohne alle Residuen. Der Tumor war entstanden, obwohl sofort nach dem Auftreten des Schankers Quecksilberkur eingeleitet worden war. (Mauriac.)

II. 5 Monate nach dem Primäraffect ein Tumor im linken Supraspinatus. Entwicklung unter Schmerzen, die sich bei Bewegungen und auf Druck steigerten. Die Grenzen der Geschwulst verloren sich im Muskel. Heilung durch Quecksilber und Jodbehandlung in fünf Wochen. (Mauriac.)

III. 2 Monate nach der Initialsclerose Syphilide im Gesicht und Gummata in beiden Peroneen und in den Muskeln des Vorderarms, Exostose am linken Scheitelbein. (Jullien. [8])

IV. 4 Monate nach dem Primäraffect stellten sich in der linken Wade allmählich zunehmende Schmerzen ein, hauptsächlich an der Innenseite derselben. Daselbst war eine etwa über 8—10 cm sich ausdehnende Stelle sehr druckempfindlich, ohne dass die Haut adhärent oder verfärbt war. Elf Tage nach Auftreten der Schmerzen entwickelte sich eine diffuse Schwellung, mit einer leichten Induration der betreffenden Stelle. Fünf Tage darauf war die diffuse Schwellung, welche den inneren Rand des linken Gastrocnemius betraf, in eine circumscripte Geschwulst mit gut ausgeprägten Grenzen umgewandelt. Sie stellte einen wirklichen Tumor dar, der inmitten der

Muskelfasern unter der Aponeurose lag. Er war hart, gleichmässig, weniger druckempfindlich als die diffuse Schwellung, aus der er sich entwickelt hatte. Er folgte den Bewegungen des Muskels und wurde unbeweglich, wenn dieser sich contrahierte. Durch antisyphilitische Behandlung trat in 20 Tagen nahezu völlige Heilung ein. (Mauriac.)

V. Neumann [5] berichtet über intramusculäre Gummibildung, welche 14 Wochen nach der Infection während der wegen secundärer Erscheinungen eingeleiteten Schmierkur auftrat.

„Es entstand bei dem Patienten, einem 25jährigen Pferdeknechte, ohne jede äussere Veranlassung, ohne jedwede Schmerzempfindung an der Aussenseite des rechten Unterschenkels, eine Hand breit über dem Malleolus externus, ferner an der vorderen Kante der Tibia, handbreit unter der Patella, weiter am linken Vorderarm zwischen oberem und mittlerem Drittel des Radius unter der unveränderten, verschiebbaren Haut je ein hasel- bis wallnussgrosses, ziemlich derbes, wenig schmerzhaftes Infiltrat. Dazu kam noch in der Musculatur der linken Wange, mit der Haut zusammenhängend, ein wallnussgrosser, nicht schmerzhafter Knoten. Es wurden Sublimatbäder und Decoctum Zittmanni angeordnet." Trotzdem entwickelten sich die zum Teil intramusculären, zum Teil fascialen Gummata weiter. Binnen vier bis sechs Wochen hatten sie sich in Abscesse umgewandelt und entleerten, nachdem die Haut über denselben successive verdünnt und endlich perforiert worden war, reichliche gummöse Massen. Unterdessen war im Muskelbauch des Biceps femoris, seinem grössten Querschnitte entsprechend, ein kinderfaustgrosser, schmerzloser, mässig derber Tumor, über dem die Haut falt- und verschiebbar war, entstanden. Schon früher war ein kleinapfelgrosses Gummi im linken Quadriceps aufgetreten. Dazu gesellte sich noch eine hühnereigrosse, scharf umschriebene Geschwulst am linken Vorderarm, entsprechend dem Extensor carpi radialis und Supinator longus.

Die Geschwulst im Quadriceps gelangte zwei Monate, die im Supinator longus drei Monate nach ihrer Entstehung zur Resorption. Die Geschwulst im Biceps femoris, die vorher faustgross gewesen, war nach siebenmonatlichem Bestande noch apfelgross, verkleinerte sich jedoch noch weiter. Es handelte sich hier also um eine sehr frühzeitige Entwicklung von Muskelgummata, die dazu in den verschiedensten Körperregionen gleichzeitig oder in schneller Folge auftraten und von denen mehrere eitrig zerfielen. Neumann hebt die Umwandlung der diffusen Infiltrate in umschriebene Geschwülste als besonders auffallende und bis dahin nicht beobachtete Erscheinung hervor, indessen zeigt der Fall IV von Mauriac, den dieser fast 10 Jahre früher veröffentlichte, dieselbe Eigentümlichkeit.

Diesen Fällen reihe ich folgenden an, den ich in der Poliklinik für Hautkrankheiten des Herrn Dr. Max Joseph beobachten konnte. „Johann S., 30 Jahre alt, seines Zeichens Maler, ist hereditär nicht belastet, der Vater ist am Schlagfluss, die Mutter an einem Nierenleiden gestorben, 7 Geschwister leben und sind gesund. Patient war abgesehen von einer Bleikolik, die er vor einigen Jahren durchmachte, niemals krank. Im August 1892 inficierte er sich, etwa 2—3 Wochen später trat der Primäraffect am Penis auf. Patient behandelte dieses Leiden selbständig mit Antisepticis, und es trat binnen wenigen Wochen völlige Heilung mit Hinterlassung einer Narbe ein. Von einer Roseola weiss Patient nichts Bestimmtes anzugeben, jedoch berichtet er von einem Ausschlage, der im Januar 1873 in beiden Nasolabialfurchen entstand und mehrere Wochen bestehen blieb. Seine Beschäftigung als Plafondmaler, zu der er in den Wintermonaten keine Gelegenheit gefunden, nahm S. im Februar wieder auf. Ende Februar spürte er eines Morgens beim Erwachen starke ziehende Schmerzen in der linken Halsseite, die sich bei Bewegungen des Kopfes noch steigerten. Bald trat auch eine Schwellung etwas

oberhalb des linken Schüsselbeins auf. Patient suchte deshalb eine chirurgische Poliklinik auf, von wo er der oben genannten Poliklinik für Hautkrankheiten überwiesen wurde. Hier hatte ich Gelegenheit folgenden Befund zu erheben:

Die Inguinal- und Cubitaldrüsen sind stark geschwollen. Es finden sich Condylomata lata am Anus und Narben am Penis.

Der Kopf wird etwas zur linken Schulter geneigt gehalten. Der ganze linke Musculus stern-ocleido-mastoideus ist geschwollen, sodass er den rechten wohl um das Doppelte an Volumen übertrifft. In seiner untern Hälfte bemerkt man eine geringe Prominenz, die durch einen etwa kleinapfelgrossen Tumor bedingt zu sein scheint, der in dem Muskel liegt, ohne sich jedoch deutlich von dem umgebenden Muskelgewebe abgrenzen zu lassen. Die Consistenz ist derbelastisch. Die über dem Muskel liegende Haut ist gerötet und wenig verschieblich. Die Druckempfindlichkeit ist gering, und auch die anfangs bestehenden, spontanen Schmerzen, die des Nachts immer etwas exacerbierten, haben nachgelassen.

Es wird eine gummöse Erkrankung des Musculus sterno-cleido-mastoideus angenommen und eine Schmierkur und innerlich Jodkali verordnet. Nach 8 Tagen zeigte sich auf der am meisten prominenten Stelle deutliche Fluctuation, es wurde am 11. März eine ausgiebige Incision gemacht, worauf sich ziemlich dickflüssiger Eiter von grauer Farbe entleerte. Tamponade mit Jodoformgaze und Deckverband. Patient ist einmal zum Verbandwechsel wieder erschienen, seitdem nicht mehr.

Als ich ihn anfangs Mai aufsuchte, gab er an, dass die Wunde binnen 14 Tagen vollständig verheilt sei. Er habe 5 Einreibungen gemacht und im ganzen 100 gr Jodkali genommen.

Der Befund ist folgender:

Kräftiger, gesund aussehender Mann. Manifeste Erscheinungen von Lues sind nicht mehr vorhanden,

nur allgemeine Drüsenschwellungen am ganzen Körper. An der linken Halsseite über dem mittleren Drittel des Musculus sterno-cleido-mastoideus findet sich eine oberflächliche, 5 cm lange Narbe, welche nicht mit der Unterlage verwachsen ist, sondern sich gut abheben lässt. Der linke Sterno-cleido-mastoideus erscheint in seiner ganzen Ausdehnung etwas zierlicher als der rechte. Etwa auf der Grenze zwischen seinem mittleren und unteren Drittel fühlt man eine deutliche Verhärtung, eine Muskelschwiele, dem Sitze des zerfallenen Gummis entsprechend. Es besteht ein leichter Grad von Caput obstipum, indem der Kopf ein wenig der linken Schulter genähert und nach rechts gedreht ist. Alle Bewegungen sind frei; S. kann ohne jegliche Beschwerden seiner Beschäftigung als Deckenmaler obliegen.

Offenbar lag hier ein Gummi vor und zwar im sechsten Monate nach der Infection. Die acute Entwickelung und der schnelle Zerfall desselben scheint mir mit der Arbeit des Patienten, die er trotz der sich entwickelnden Geschwulst noch mehrere Tage fortgesetzt hat, im Zusammenhang zu stehen. Als Plafondmaler musste der Kranke seine Sterno-cleido-mastoidei ohne Zweifel stark anstrengen und zwar nachdem er durch die Beschäftigungslosigkeit im Winter dieser Arbeit ziemlich entwöhnt war. Wie nun Traumen auf die Entstehung und Vereiterung der Gummata einen befördernden Einfluss nehmen, so thut dies auch die Reizung, in welche ein Muskel durch grosse, ungewohnte Arbeitsleistung versetzt wird. Die auffallend schnelle Heilung unter Darreichung von Jodkali bestätigt die Diagnose.

Der Fall zeigt wiederum, wie so viele andere, dass die Syphilis nicht den Gesetzen gehorcht, die man ihr hat vorschreiben wollen.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Dr. Joseph für die Anregung zu dieser Arbeit und die Ueberlassung des Falles meinen herzlichsten Dank aus.

Litteratur.

1) Gazette médicale de Paris. 1846.
2) J. B. Theodosius, Medicinales epistolae Basileae. 1553.
3) Traité des maladies vénériennes. P. IV. 1774.
4) Gazette des hôpitaux. Nr. 59. 1861.
5) Virchows Archiv. Bd. XV.
6) Lewin, Charitéannalen. XVI.
7) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, 1888. XV. p. 19.
8) Annales de dermatologie et de syphiligraphie. P. VII et VIII. 1875—77.
9) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1889. Nr. 34.
10) Berliner klinische Wochenschrift. 1892. Nr. 12.
11) Bier, Beiträge zur Kenntnis der Syphilome der äusseren Musculatur. Inaugural-Dissertation. Kiel 1888.
12) Berliner klinische Wochenschrift. 1891.
13) Charitéannalen. XIII.
14) Berliner klinische Wochenschrift. 1892. Nr. 8.
15) Wiener medicinische Blätter. 1884. VII.

Thesen.

I.

Ist man im Zweifel, ob eine Muskelgeschwulst Gummi oder Sarcom sei, so soll man die Exstirpation derselben vornehmen.

II.

Die Discision der Linse bei hochgradiger Myopie vermag häufig die Brauchbarkeit des Auges beträchtlich zu erhöhen.

III.

Angiome werden am besten auf blutigem Wege entfernt.

Lebenslauf.

Verfasser, Clemens Dieckhöfer, katholischer Confession, Sohn des verstorbenen Gutsbesitzers Clemens Dieckhöfer und dessen Ehefrau Bernhardine geb. Wulhorst, wurde am 24. Juni 1869 zu Huckarde in Westfalen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem städtischen Gymnasium zu Dortmund und dem Königlichen Gymnasium zu Paderborn. Dieses letztere verliess er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife, um sich in Bonn dem medicinischen Studium zu widmen. Von Ostern 1891 bis Ostern 1892 war er bei der medicinischen Facultät der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin inscribiert. Im Sommerhalbjahr 1891 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 3. Garde-Regiment z. F. Nachdem er während des Sommersemesters 1892 in München studiert, kehrte er im Herbst desselben Jahres nach Berlin zurück.

Die ärztliche Vorprüfung bestand Verfasser in Bonn am 24. Februar 1891, das Examen rigorosum in Berlin am 18. Juli 1893.

Seine Lehrer waren:

In Bonn: Hertz, Kekulé, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Schiefferdecker, Strassburger, Freiherr von la Valette St. George.

In München: Angerer, Bauer, Klaussner, Stumpf, Ziemssen.

In Berlin: v. Bergmann, Gusserow, Krukenberg, Litten, Mendel, Olshausen, Rosenheim, Schweigger, Senator, R. Virchow, Winter.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.